

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 52

Contribution à l'Etude Critique
de la
Contusion de la Hanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René BERTHOD

né à BEAUVAIS (Oise) le 12 Mai 1897.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Guilleton, 45

Téléphone 63-56

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CRITIQUE
DE LA CONTUSION DE LA HANCHE.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 52

Contribution à l'Etude Critique
de la
Contusion de la Hanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René BERTHOD

né à BEAUVAIS (Oise) le 12 Mai 1897.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gallieuton, 45

Téléphone 63-36

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. HUGOUNENQ.
 Doyen MM. J. LEPINE.
 Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	X
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (F.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	NOEL chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BÉRARD, *Président*; M. PATEL, *Assesseur*

MM. LERICHE et SANTY, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MEMOIRE DE LOUIS DE SOLERE
(Barleux, 12 novembre 1916)

ET DE MES CAMARADES DISPARUS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur*

Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

*Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a patiemment aidé de ses précieux conseils. Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre très vive et très respectueuse gratitude.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LYON

A MES JUGES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553220_0111

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CRITIQUE DE LA CONTUSION DE LA HANCHE.

INTRODUCTION

Ouvrons un *Traité classique de diagnostic chirurgical*, un *Manuel de pathologie externe*, ou encore un livre traitant plus spécialement des fractures et des luxations. Nous trouvons au chapitre des lésions traumatiques de la hanche, c'est-à-dire intéressant le bassin ou l'extrémité supérieure du fémur, parfois toute une page, plus souvent quelques lignes, consacrées à l'étude du diagnostic différentiel de ces diverses lésions avec la contusion de la hanche.

Cette question semble avoir fort préoccupé les auteurs du siècle dernier, alors que les auteurs modernes français ou étrangers, considèrent cette « variété de contusion » comme très rare, « infiniment plus rare que la fracture du col du fémur ». Et, à la contusion de la hanche conviennent, dans une certaine mesure, ces conclusions d'ordre général, mais pleines de réserves : « Le chirurgien avisé hésite toujours avant d'admettre le diagnostic de contusion simple; il y arrive par élimination. Il faut donc qu'il ait constaté

l'absence de tous les signes qui, pour chaque articulation, accompagnent la fracture, la luxation, voire l'entorse. Heureusement qu'aujourd'hui la radiographie est venue faciliter beaucoup sa tâche et lui permettre de se prononcer non plus sur des signes de probabilité, mais de certitude. » (Précis de Pathologie Chirurgicale, tome I.)

L'interprétation radiographique donne en effet à cette étude une orientation toute nouvelle. Le rôle des rayons de Röntgen, déjà si important dans le diagnostic des lésions classiques de la hanche, est devenu capital dans l'histoire de cette affection dont on aurait pu dire qu'on en parlait partout sans l'expliquer nulle part.

Sous le couvert de cette nouvelle méthode d'examen chirurgical, systématiquement appliquée, et que les meilleurs cliniciens avaient l'excuse d'ignorer au temps où la seule clinique parvenait à réaliser des diagnostics véritablement méritoires, quelques auteurs ont été plus catégoriques. M. le Docteur Basset reprenant la question, dans un article de la Presse Médicale, du 1^{er} décembre 1920, a posé nettement le problème: la distinction clinique entre la contusion de la hanche et telle fracture du col du fémur ou telle fracture du cotyle, pour ne citer que ces deux variétés, répond-elle à la réalité des lésions et des faits? La contusion de la hanche existe-t-elle?

C'est donc le dogme même de l'existence de cette contusion qui semble mis en doute ou tout au moins fortement ébranlé.

M. le Professeur Agrégé Patel a eu précisément

l'occasion d'examiner dans son service de l'Hôpital de la Croix-Rousse, quatre malades des plus intéressants qui ont fait l'objet d'une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, et chez lesquels il eût fallu cliniquement, en l'absence de signes positifs, autres que la douleur, porter par élimination le diagnostic de contusion de la hanche.

M. Patel a bien voulu nous confier les observations qui rapportent l'histoire de ces quatre malades.

Voici le résumé du syndrome qu'ils présentaient :

Douleur persistante après le traumatisme; augmentée par l'exploration ;

Peu ou pas de rotation externe;

Pas de raccourcissement ;

Le malade soulevait le talon du plan du lit.

La radiographie révéla les lésions invisibles à l'examen clinique, et il s'agissait en réalité :

1° d'une fracture du fond de l'acétabulum ;

2° d'une fracture du grand trochanter ;

3° d'une fracture de la branche ilio-pubienne.

Dans le quatrième cas, la radiographie n'avait une première fois rien montré; on allait faire radiographier le malade à nouveau, lorsqu'il mourut d'embolie, et l'autopsie prouva qu'il s'agissait d'une fracture sous-capitale du col du fémur.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter ici des faits inédits, ni des données absolument nouvelles, au sujet de l'interprétation clinique parfois difficile de certaines fractures du col du fémur. Nombre de cliniciens ont déjà signalé leur symptomatologie atténuée. Les conclusions de M. le Professeur Bérard,

dans une séance déjà éloignée de la Société de Chirurgie de Lyon, nous le rappellent opportunément : « Il est aujourd'hui bien établi que beaucoup de traumatismes considérés comme des contusions simples de la hanche parce qu'ils entraînaient l'impossibilité de détacher le talon du plan du lit, sans éversion en dehors du pied, ni raccourcissement du membre, étaient en réalité des fractures juxta ou trans-trochantériennes, avec engrenement. » L'aspect clinique de ce malade, chez qui l'autopsie révéla l'existence d'une fracture sous-capitale du col, était assez semblable.

Nous avons plutôt entrepris une étude critique, portant, à proprement parler, sur le sens anatomo-clinique qu'il convient d'accorder au mot de contusion de la hanche; elle équivaut à rechercher si ce mot de contusion de la hanche peut encore avoir droit de cité dans le domaine de la pathologie chirurgicale moderne.

Dans un premier chapitre, nous essaierons d'en donner une définition; nous chercherons dans les dictionnaires, les encyclopédies et dans les traités de pathologie articulaire les interprétations susceptibles d'y satisfaire. Trois auteurs doivent surtout retenir notre attention; nous voulons nommer Bonnet, Nélaton et Nicaise.

Pour mieux faire ressortir toute l'importance documentaire qu'il y aurait à rendre cette définition plus concrète, nous consulterons ensuite les ouvrages de chirurgie qui traitent du diagnostic différentiel de la contusion de la hanche avec la fracture du col du

fémur. Nous ne nous arrêterons point à discuter ce diagnostic, la seule investigation clinique permettant le plus souvent de dépister une fracture du col, pour peu qu'on procède avec soin à l'examen du membre suspect.

Aussi, dans un troisième chapitre, serait-il plus exact de présenter la question sous cette forme : chez un individu qui a fait une chute et dont la hanche a porté plus ou moins violemment sur le sol, un examen clinique approfondi a permis d'éliminer le diagnostic de fracture du col du fémur. Cependant cet individu persiste à nous présenter un ensemble de signes assez frustes, parmi lesquels dominent la douleur et un certain degré d'impotence fonctionnelle. On a porté ou on aurait pu porter le diagnostic de contusion de la hanche.

En fait, quelque chose d'anormal est survenu dans l'ossature de la région. Il s'agit de lésions anatomiques précises et connues, que l'exploration patiente et méthodique de tous les segments osseux, qui concourent à former la charpente de la hanche, conduit à interpréter nettement comme des lésions de fractures. C'est pourquoi nous superposons, par la radiographie, le diagnostic anatomique de ces lésions au diagnostic clinique de contusion de la hanche. « Il semble bien, en effet, écrit M. Patel, que ce diagnostic ne doive être porté qu'avec les plus extrêmes réserves et qu'il s'agit le plus souvent de fractures minimales, avoisinant l'articulation de la hanche seule, la radiographie permet de les reconnaître. » Les cas

des trois malades, qu'il nous a obligeamment rapportés confirment cette manière de voir.

Dans un dernier paragraphe, nous formulerons les conclusions auxquelles nous croyons pouvoir aboutir et nous en déduirons quelques principes généraux, concernant le diagnostic des lésions traumatiques de la hanche.

CHAPITRE PREMIER

La contusion de la hanche dans la littérature chirurgicale. Essai de définition anatomo- clinique.

Nous avons indiqué, dans notre « Introduction » la difficulté d'établir une définition de la contusion de la hanche. Il importe, avant de formuler aucun commentaire, de s'expliquer au sujet des termes employés; lorsqu'à la suite d'un traumatisme léger, et en dehors d'une douleur passagère, localisée à la région de la hanche, un malade ne présente ni impotence fonctionnelle, ni raccourcissement, ni attitude vicieuse, il ne saurait s'agir évidemment d'une contusion de la hanche, au sens habituel et classique de ce mot.

La seule contusion de la hanche qui nous occupe est celle qui, d'après les classiques, entraîne de l'impotence fonctionnelle, de la rotation externe et parfois un raccourcissement apparent; en un mot, qui présente les signes plus ou moins marqués d'une lésion

de fracture du col du fémur. Elle doit donc être, à leur avis, l'objet d'une distinction clinique.

Voici ce qu'écrit Nélaton :

« ... La fracture du col du fémur peut être confondue avec une simple contusion consécutive à une chute sur la région trochantérienne.

« La contusion est accompagnée d'une douleur qui peut être assez vive pour entraîner l'abolition temporaire des fonctions du membre. En outre, à la suite de cet accident, on voit assez souvent les malades imprimer instinctivement au bassin un mouvement de bascule latéral qui a pour effet d'élever la crête iliaque du côté douloureux et d'abaisser le membre sain en élevant le membre malade. De là résulte un raccourcissement apparent, auquel se joint cette demi-rotation en dehors qu'on observe chez les individus les mieux conformés, lorsqu'ils affectent le décubitus dorsal. Par conséquent, une simple contusion peut présenter les trois symptômes essentiels d'une fracture du col. Mais :

« 1° La perte des mouvements n'est jamais complète; lorsque le malade cherche à soulever son membre, il n'y parvient qu'avec difficulté, parce qu'enfin il souffre; mais enfin, il peut le soulever ;

« 2° Le raccourcissement apparent disparaît lorsqu'on place les deux épines iliaques sur la même ligne horizontale et les membres dans la juxtaposition parallèle;

« 3° La rotation en dehors est légère et le malade

peut la faire cesser en ramenant la pointe du pied soit en avant, soit en dedans. Avec un peu d'attention, on évite donc toute méprise. »

Le *Dictionnaire de Chirurgie*, de Louis, les *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie*, ne font pas mention de la contusion de la hanche et se bornent à exposer des généralités sur les contusions des divers tissus.

Asthley Cooper, dans son *Dictionnaire de Chirurgie pratique*, écrit ces lignes intéressantes : « Certains symptômes de fracture sont équivoques : ainsi la douleur et l'impossibilité de remuer le membre qu'on énumère en général parmi ces signes, peuvent dépendre d'une contusion ». Dans la *Grande Encyclopédie*, à l'article « *Hanche* », nous relevons cette phrase : « La contusion de la hanche est souvent due à une contracture des muscles pelvi-trochantériens qui donne lieu à une déviation telle qu'on a souvent cru, en pareil cas, à une fracture du col du fémur, surtout chez les vieillards, ... les symptômes étant souvent les mêmes au début, l'avenir ne tarde pas à faire évanouir les doutes. »

Le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* de Dechambre et Lereboullet nous fournit une documentation plus précise et plus étendue : pour ces auteurs, l'articulation de la hanche est peu superficielle, n'étant directement accessible par aucun côté ; ce n'est que par contre-coup que peut se produire la contusion, comme dans une chute sur le grand trochanter ; mais même dans les chutes, l'articulation souffre peu ; c'est la région trochantérienne elle-même

qui subit toutes les conséquences ou bien s'il s'agit d'un vieillard, c'est sur le col fémoral ou sur le rebord cotyloïdien que va retentir la lésion sous forme de fracture.

Et ils concluent dans le même sens que précédemment ; il faudra s'appliquer à distinguer la contusion de la fracture du col, distinction facile à faire par la disparition rapide de la douleur, l'absence de déformation de la hanche, la déviation peu accentuée du membre inférieur dans le cas de contusion ; ils conseillent l'immobilité et le repos pour trancher la question au bout de peu de temps.

Enfin Jaccoud, dans son *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, note que les contusions produisent des effets très variés et il insiste sur le degré du traumatisme initial lequel « occasionne ici une douleur passagère et détermine un léger ébranlement du col et là, produit la fracture de cet os ou celle de la cavité cotyloïde. » Plus loin, nous trouvons les mêmes conclusions sur la brièveté et la bénignité des symptômes de la contusion, avec cependant quelques réserves au sujet des douleurs tenaces, assez longues à se dissiper, qui l'accompagnent quelquefois.

Le *Dictionnaire de Nysten*, revu par Littré, et l'*Encyclopédie internationale de Chirurgie* (Packardt, Ashurt et P. Andrews) se bornent à signaler la contusion pour l'opposer à l'entorse, à propos de l'extrême rareté de celle-ci à l'articulation coxo-fémorale : nous y notons également quelques considérations sur la sensibilité profonde et persistante des os après le choc.

Nous avons cru devoir citer les textes des encyclopédies à leur place logique, c'est-à-dire dans ce premier chapitre ; ils ne nous guident nullement sur la voie de la définition recherchée.

Par contre, deux ouvrages du siècle dernier nous retiendront plus longtemps ; il s'agit du *Traité sur les maladies des articulations*, de Bonnet et de la Thèse d'agrégation de chirurgie : *Diagnostic des maladies de la hanche*, de Nicaise.

Bonnet commence par faire remarquer, comme l'ont fait après lui les auteurs du Dictionnaire des Sciences médicales, que la profondeur à laquelle se trouve l'articulation de la hanche, les muscles épais qui la recouvrent, rendent impossibles les contusions directes de la capsule fibreuse et de la synoviale ; on ne peut donc pas observer ici ce genre de contusion qui est très fréquent au genou ; il s'ensuit que l'articulation de la hanche ne pourrait être contuse, du moins quand la peau reste intacte, qu'autant que le grand trochanter ait été percuté ; or, ce choc initial et direct sur le grand trochanter ne peut-il pas produire, indépendamment de la fracture du col du fémur, l'écrasement de la lame compacte extérieure de ce grand trochanter et l'enfoncement de cette lame dans le tissu cellulaire brisé ? Cet écrasement ne peut-il pas être une cause de la persistance opiniâtre des douleurs qui suivent certaines contusions de la hanche ?

Sous le contrôle d'expériences cadavériques, Bonnet adopte ces conclusions qu'il reproduit dans un exposé remarquable, où il définit anatomiquement

pour la première fois, une variété de lésions, qui semblerait en effet, devoir le mieux répondre au vrai sens du mot contusion : lésion produite dans le corps par une pression plus ou moins énergique, n'ayant pas déterminé de solution de continuité des tissus de recouvrement. Nous voulons parler de la fracture du grand trochanter, sans déchirure du revêtement fibreux de l'éminence osseuse et où les fragments restent en contact, variété très rare d'ailleurs, dont la littérature chirurgicale ne renferme qu'un très petit nombre de cas. « Il y a des cas où la lame superficielle du tissu compact est seule fracturée ; la continuité du corps de l'os n'étant point interrompue, il arrive souvent que l'action du corps contondant en brise la lame externe, l'enfonce dans le tissu cellulaire et que celui-ci est brisé en plusieurs fragments ; la matière infiltrée dans les aréoles osseuses est exprimée des cellules où elle est contenue et se mêle à du sang épanché ; cette contusion de l'os avec enfoncement de la table externe et écrasement du tissu cellulaire peut s'observer sans doute assez fréquemment sans qu'on la soupçonne. Aucun signe physique ne traduit la lésion à l'extérieur, et celle-ci ne se manifeste que par des douleurs persistantes dont on ignore la raison anatomique. »

Ceci ne serait que le premier degré des lésions traumatiques ; Nicaise, après avoir reproduit presque intégralement les conclusions de Bonnet sur la contusion du grand trochanter insiste sur la nécessité de savoir si cette contusion se borne au grand trochanter ou si elle a été transmise à l'articulation coxo-fémo-

rale par un ébranlement intermédiaire du col ; les surfaces articulaires, contuses à leur tour, deviendraient alors le siège « d'inflammations aiguës, difficiles à guérir ». On a éliminé, bien entendu, la possibilité d'une fracture du col ou d'une luxation de l'article et cependant, on note de la douleur, une abolition temporaire des fonctions du membre et même une inclinaison latérale du bassin, avec élévation de l'épine iliaque du côté malade, qui a pour résultat de faire croire à un raccourcissement apparent. Cette description clinique correspond assez bien au syndrome classique de la contusion de la hanche décrit par Nélaton — en particulier, les lésions du grand trochanter par tassement et écrasement ne se traduiront cliniquement que par la douleur et l'impotence fonctionnelle — Cependant, d'après la théorie de Nicaise, on doit tenir compte également d'une question de degré concernant l'intensité du traumatisme, puisque, selon la violence avec laquelle le grand trochanter a été percuté, l'ébranlement perçu par ce premier contact peut être transmis au col et aux surfaces articulaires coxo-fémorales. Il s'agirait alors d'une contusion articulaire indirecte, comparable à celle que Reclus définit de la façon suivante : ensemble de phénomènes dont une jointure est le siège, lorsque les deux surfaces articulaires viennent heurter fortement l'une contre l'autre ou qu'une violence extérieure les atteint.

Si nous éliminons les lésions du grand trochanter et si nous laissons de côté les lésions des parties molles qui sont bien précisées en tant qu'exemples de

contusion directe, que pourrons-nous déduire de l'examen d'une hanche contuse et que faudra-t-il entendre par contusion de la hanche au point de vue anatomo-pathologique ? Car seul le jeu articulaire ultérieur intéressera le chirurgien. Nicaise incrimine « l'inflammation aiguë des surfaces articulaires ». Il parle même de symptômes et de caractères identiques à ceux de l'entorse, avec désorganisation plus considérable des tissus : la contusion serait une entorse dont les lésions, au lieu de frapper surtout les éléments fibreux articulaires se limiteraient aux surfaces osseuses et cartilagineuses. Hennequin admet qu'une simple contusion de l'articulation coxo-fémorale a pour effet d'exagérer la sensibilité intra-articulaire et que toute pression exercée sur le grand trochanter retentit douloureusement dans l'article, car elle se transmet à la tête fémorale.

En réalité, il est difficile de définir la contusion articulaire. La situation de profondeur à laquelle se trouve l'énarthrose coxo-fémorale en rend d'ailleurs l'examen clinique particulièrement malaisé, et une notion capitale nous est aujourd'hui révélée par la radiographie : c'est celle des fractures parcellaires, épiphysaires, intra-articulaires.

L'explication la plus plausible que l'on pourrait donner de la contusion de la hanche serait fournie par l'existence d'une lésion de la capsule de l'articulation coxo-fémorale et des muscles qui l'environnent et peut-être aussi une déchirure du périoste du col. Cette lésion serait susceptible d'être observée dans deux cas différents :

1° Dans une entorse de l'articulation qui se produirait dans un mouvement d'abduction forcée du membre ; il se ferait alors des déchirures de la capsule et des muscles pectiné, moyen et petit adducteurs.

2° Par le choc ou la chute d'un corps à la base du triangle de Scarpa, point où l'articulation de la hanche est la plus superficielle.

Or, les conditions étiologiques répondant à cette variété de lésions sont extrêmement restreintes ; en particulier, l'entorse de la hanche est rarissime pour ne pas dire quasi-inconnue. On ne peut pas assimiler la contusion de la hanche à un arrachement ligamenteux ; les faisceaux antérieurs de la capsule sont d'une puissance extrême et on sait que dans les luxations, ils persistent le plus souvent, étant donné la rapidité avec laquelle se rétablissent les fonctions du membre, sitôt la réintégration du cotyle par la tête fémorale.

En définitive, si la contusion de la hanche paraît être une entité clinique assez nette, par contre il n'existe pas de critérium anatomo-pathologique, sans lésion osseuse, correspondant à ce vieux syndrome classique.

Il est d'ailleurs difficile de compléter notre documentation par l'étude du diagnostic différentiel de la contusion de la hanche avec la fracture du col du fémur, exposé par les divers auteurs. Ces auteurs ne sont pas d'accord sur les signes qui permettent de différencier la contusion de la fracture ; ce qui n'est pas pour contribuer à nous donner, de la contusion de la hanche, une interprétation plus précise et parlant, plus chirurgicale.

CHPITRE II

Sur les divergences d'interprétation de la contusion de la hanche en clinique, à propos du diagnostic des fractures du col du fémur.

Le diagnostic de contusion de la hanche figure au premier plan du diagnostic différentiel des fractures du col du fémur. C'est là que nous le trouvons surtout abondamment discuté et il faudrait ajouter : très différemment exposé. C'est pourquoi nous avons entrepris d'y insister particulièrement.

L'ensemble des trois éléments de la fracture du col, soit le raccourcissement, la rotation externe et l'impotence fonctionnelle, sont susceptibles de nous fournir une symptomatologie assez estompée dans certains cas. Nous voulons parler de la fracture transcervicale, dite, par Delbet cervicale vraie, et à laquelle on rattache la forme sous-capitale, ou fracture par décapitation de la tête du fémur : elles correspondent à la variété intra-capsulaire de la classification d'As-thley Cooper.

Malgaigne écrit que le diagnostic des fractures du

col présente de sérieuses difficultés ; mais est-ce bien de la contusion de la hanche des classiques dont il s'agit, quand il ajoute : « S'il n'y a ni raccourcissement ni renversement du pied en dehors, ni crépitation, il est à peine possible de distinguer la fracture du col d'une simple contusion de la hanche. »

Dans ces conditions, il faut concéder que si, réellement, le malade n'a pas de rotation externe et si l'on est absolument sûr que son membre n'est pas raccourci, le diagnostic de fracture du col n'a aucune raison de s'imposer au clinicien, et l'intérêt clinique de la contusion disparaît. Malgaigne, au sujet du raccourcissement, conclut : « Si le chirurgien s'en fie au témoignage de ses yeux, il sera exposé à prendre pour réel un raccourcissement purement apparent qui existe dans toutes les lésions de la hanche. »

Velpeau, à propos d'une jeune femme, accusant une douleur dans l'aîne et dont la pointe du pied est tournée en dehors, se demande à quelle lésion il doit rapporter les symptômes : fracture du col ou contusion ? Après avoir éliminé comme signes « la douleur, le gonflement, signes de faible secours, qui se rencontrent dans toutes les lésions articulaires », il écarte également le signe de la rotation en dehors et l'impossibilité de soulever le membre au-dessus du plan du lit ; reste le raccourcissement réel qu'il importe de vérifier par une mensuration précise et il diagnostique : fracture intra-capsulaire, avec raccourcissement minime.

Or, cette question du raccourcissement réel constitue la base même du diagnostic des fractures du

col. Il est bien évident que, dans la contusion de la hanche, le raccourcissement, s'il existe, est purement apparent, et, comme le dit justement M. Basset « l'erreur serait par trop grossière de prendre pour réel un raccourcissement qui n'est qu'apparent. »

La même objection est fournie par ces conclusions de Ricard et Demoulin, dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus : la douleur, le gonflement, la gêne, l'abolition des fonctions existent dans la contusion comme dans la fracture ; mais dans la contusion, le raccourcissement, s'il existe, est seulement apparent et une bonne mensuration en fait promptement justice. »

Il est essentiel de mesurer la longueur des deux membres inférieurs d'une façon précise et en évitant les causes d'erreur. Cet élément de pure technique ne mériterait donc pas qu'on s'y arrête, s'il n'était malheureusement sujet à ces mêmes causes d'erreur ; en matière de traumatismes et de lésions de la hanche, ces causes sont multiples et les procédés habituels de mesure ne les évitent pas toujours. C'est l'avis de Rochard et de Stern.

La question de l'impotence fonctionnelle a donné lieu à des controverses assez longues, de même que la rotation externe. Il y a des cas de fracture du col où l'impotence fonctionnelle est très incomplète ; des malades, porteurs d'une fracture du col du fémur ont pu dans les heures qui suivaient l'accident, non seulement corriger leur rotation externe, mais encore plier le genou en soulevant la cuisse. Quelques-uns pouvaient même détacher leur talon du lit. Henne-

quin à ce propos, après s'être demandé « s'il est possible de soupçonner une fracture intra-capsulaire, sans déplacement, avec conservation du tissu fibreux », conseille l'expectative, puisque dans les premiers jours, les lésions de la contusion et de la fracture du col donnent lieu exactement aux mêmes symptômes. » Ces signes vont disparaître ou s'accroître. Mais on lit ensuite dans le *Traité des fractures des os longs* : « On est obligé quelquefois pour faire le diagnostic entre la contusion de la hanche et la fracture du col, d'attendre que les muscles et le poids du corps aient forcé les fragments à s'incliner l'un sur l'autre et à dévoiler ainsi la fracture. » Ces lignes ont été l'objet de critiques justifiées, car s'il importe d'établir un diagnostic, on ne saurait cependant utiliser une méthode plus dangereuse ; outre les douleurs très vives provoquées par cette manœuvre, on risque fort d'aggraver les lésions, soit en transformant une fracture incomplète en fracture complète, soit en détruisant un engrènement favorable, soit enfin en augmentant le déplacement des fragments et le raccourcissement primitif.

Selon Rieffel, dans l'édition de 1896 du *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, la contusion survient à tout âge ; l'impotence fonctionnelle diminue rapidement ; il parle même de l'absence du raccourcissement secondaire ; nous noterons simplement que le raccourcissement secondaire ne peut pas plus accompagner la contusion de la hanche que le raccourcissement primitif vrai. Rieffel croit à la violence plus grande du traumatisme causal en faveur de la

contusion, alors que Tanton, dans l'édition de 1916 de ce même Traité, pensé que la contusion de la tranche se reconnaît à la faiblesse de ce même traumatisme. Tanton indique l'absence presque complète d'impotence fonctionnelle, l'absence du raccourcissement et de la rotation externe ; ce qui équivaut à faire table rase de tous les éléments cardinaux qui nous ont occupé jusqu'ici.

Répetons le à dessein ; un individu chez lequel un traumatisme n'a déterminé ni impotence, ni raccourcissement, ni rotation, a de fortes chances de n'avoir aucune lésion osseuse ; le diagnostic de contusion de la hanche n'aurait par conséquent aucune raison d'être discuté ; de plus, il nous paraît impossible de baser un diagnostic différentiel entre la contusion et la fracture sur la plus ou moins grande violence du traumatisme causal.

D'autres auteurs se sont préoccupés de la question de l'âge. On a admis pendant très longtemps la fracture comme étant l'apanage quasi-exclusif des vieillards ; et nous relevons ces lignes dans le *Précis de Diagnostic chirurgical* de Rochard et Stern.

« Le diagnostic de la fracture extra-capsulaire du col du fémur est assez facile ; il n'en est pas de même de la fracture intracapsulaire ; car c'est surtout avec la contusion de la hanche qu'on peut la confondre ; en effet, la contusion de la hanche s'observe à tous les âges, alors que la fracture du col et surtout la fracture intra-capsulaire semblent être le privilège des vieux. »

Suit le résumé d'une observation curieuse touchant

une vieille femme impotente qui se vit attribuer une fracture qu'elle n'avait pas, par opposition à sa voisine déclarée indemne et simplement contuse ; or, cette dernière s'était fracturée nettement le col du fémur, comme le prouva l'autopsie.

La radiographie a fait justice de ce préjugé ; la fracture s'observe plus souvent qu'on ne s'y attendrait chez des sujets jeunes ou au moins adultes.

Un cinquième élément est enfin mis en cause ; il s'agit de la douleur. De Quervain note qu'un traumatisme intense avec douleurs très vives, réveillées par les moindres mouvements de la jambe, seront retrouvés fréquemment à l'origine de la contusion.

Pour Kocher, la douleur spontanée est, relativement aux troubles fonctionnels, plus vive dans la contusion que dans la fracture. On devrait donc conclure chez un traumatisé de la hanche : le contraste entre les troubles fonctionnels et les douleurs spontanées est d'autant plus marqué que la fracture du col est plus probable.

En réalité, la douleur spontanée est un élément des plus capricieux et par conséquent, un signe des plus infidèles du diagnostic des fractures en général — inconstante, diffuse, variable d'intensité et de durée, elle n'est susceptible d'aucune localisation précise par des malades, souvent pusillanimes.

Dans l'ensemble, l'interprétation du diagnostic différentiel entre la contusion de la hanche et la fracture du col du fémur est peu homogène. Nous sommes en mesure d'en déduire qu'il est difficile d'interpréter la contusion de la hanche d'après les signes

cliniques donnés par les classiques — et c'est ce que nous avons voulu démontrer en reproduisant avec intention les textes que nous avons consultés. —

En effet, il ne s'agit pas ici de l'étude des fractures du col du fémur dont le tableau clinique se réduit à un minimum de symptômes, dû à la limitation minima du déplacement primitif des fragments ; l'engrènement solide de ces fragments explique suffisamment le caractère restreint des symptômes. De nombreux cas de fractures ont été publiés de tous temps, où l'impotence fonctionnelle était très incomplète. .

Nélaton rapporte l'histoire d'un blessé de Dupuytrein, porteur d'une fracture intra-capsulaire, constatée à l'autopsie, et qui avait pu, après l'accident, soulever son membre lésé.

Le Professeur Hartmann, dans une de ses leçons cliniques (décembre 1920), montrait une malade atteinte de fracture transcervicale qui pouvait détacher son talon du plan du lit d'une hauteur de cinq à six centimètres.

D'autres cliniciens, entre autres, Royal Whitmann, Brandlight, Lambotte, ont signalé des faits identiques et ont insisté sur l'apparence anodine des fractures du col chez les jeunes, où l'âge et l'atténuation de l'impotence fonctionnelle plaideraient aisément en faveur du diagnostic de contusion de la hanche.

Un de nos malades chez qui l'autopsie montra une fracture¹ sous-capitale du col, présentait une impotence limitée. Le malade, présenté par le Docteur Basset, était aussi complexe ; il s'agissait d'un homme de 65 ans, qui pouvait faire quelques mouve-

ments avec son membre et ne présentait ni douleur à la pression, ni rotation externe, ni raccourcissement apparent, mais la mensuration faite avec précision, révéla un raccourcissement minime de un centimètre. Sur ce seul raccourcissement, on se basa pour porter le diagnostic de fracture du col. On découvrit en effet à la radiographie une fracture par décapitation.

Ces cas, où il est difficile d'interpréter l'impotence fonctionnelle, sont aujourd'hui bien connus. D'une part, la clinique nous apprend qu'on ne marche pas avec une fracture complète récente du col du fémur. D'autre part, ce n'est pas parce que notre blessé pourra effectuer dans son lit quelques mouvements de flexion ou de rotation du membre, que nous serons en droit d'éliminer le diagnostic de fracture du col. Entre la possibilité de corriger la rotation externe et le fait de marcher, en faisant porter le poids du membre sur des surfaces osseuses fracturées, on ne saurait établir aucun rapprochement logique. D'ailleurs, nous ne tarderons pas à vérifier, par la suite le raccourcissement du col, en vertu du triple mouvement d'ascension, d'adduction et de rotation externe du membre inférieur.

Dans la très grande majorité des cas, les deux grands signes, raccourcissement et éversion du membre se joignent à l'impotence fonctionnelle pour permettre de porter le diagnostic de fracture du col. La radiographie contrôlera, mais la seule investigation clinique fera déjà dépister la fracture. Aussi reproduirons-nous les conclusions de M. le Professeur Bé-

rard : « On peut même dire qu'un traumatisme de la hanche avec douleur, épaississement du trochanter, ecchymose perceptible ou non, qui entraîne l'impossibilité de détacher le talon du plan du lit, pendant plus de trois à quatre jours, après l'accident, a de grandes chances de ne pas être une simple contusion, mais bien une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. »

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé PATEL)

Fracture sous-capitale du col fémoral gauche, simulant une contusion de la hanche. Mort par embolie.

M. C..., 44 ans, entre le 10 octobre 1921, à l'hôpital de la Croix-Rousse, à la suite d'une chute faite de sa hauteur. Le choc a porté sur la hanche gauche. A son arrivée, le blessé, d'une corpulence exagérée, ne présente qu'une impotence fonctionnelle très limitée. Il peut détacher le talon du plan du lit et ne souffre pas particulièrement du côté suspect.

Le tableau clinique n'est pas celui d'une fracture du col, en raison de l'absence des signes physiques habituels. Deux jours plus tard, on examine le blessé à nouveau; les signes fonctionnels ne se sont pas aggravés, mais les symptômes douloureux sont plus violents au niveau de la hanche gauche.

L'examen est d'ailleurs rendu difficile par l'état de corpulence du sujet.

On décide de le radiographier. La radiographie ne fournit aucune explication. On a l'intention de faire prendre une



D'après la pièce d'autopsie d'une fracture sous-capitale du col du fémur.

(Hôpital de la Croix-Rousse. — Service de M. le Professeur Agrégé Patel.)

seconde image : sur ces entrefaites, le malade meurt brusquement d'une embolie, dans la nuit du sixième jour.

A l'autopsie, on découvre une fracture sous-capitale du col du fémur, sans déplacement.

OBSERVATION II (en partie)

(d'après le docteur BASSET. *Les fractures du col du fémur.*)

Fracture par décapitation du col du fémur, à symptomatologie très atténuée.

R... Jean, âgé de 65 ans. Glissade et chute dans la rue, sur

la hanche gauche. Impossibilité de se relever. Douleurs très vives qui persistent encore douze heures après l'accident à l'entrée du malade à l'hôpital. Cependant, le sujet peut, bien qu'avec peine, faire quelques mouvements avec son membre.

Pas de douleur localisée à la pression. Ni rotation externe, ni raccourcissement apparent. Mouvements provoqués possibles. Pas d'ascension du grand trochanter.

Donc, apparence de contusion de la hanche. Mais on trouve, en mesurant très exactement, un raccourcissement de 1 centimètre. Donc, fracture du col.

Première radiographie : 14 mai 1909 (avant l'enchevillement) fracture par décapitation. Très légère ascension du fragment inférieur. Sur la radio, le raccourcissement dépasse à peine un centimètre. Le fragment supérieur est en légère abduction.

Le 17 mai : enchevillement du col. Pendant l'anesthésie et avant l'opération, la rotation externe devient évidente et, de plus, on peut voir et sentir le ressaut caractéristique obtenu en tirant sur le membre placé en extension, puis en le relâchant brusquement.

Le 20 mai, le malade, sans aucune aide, peut détacher le talon du plan du lit.

CHAPITRE III

**La Contusion de la hanche et les fractures
incomplètes du col du fémur, les fractures
parcellaires de la tête fémorale,
les fractures limitées de l'acétabulum.**

D'après les diverses interprétations qui ont été données de la contusion de la hanche, il semble qu'elle puisse revêtir des aspects cliniques assez variés.

Nous avons éliminé le diagnostic de fracture du col du fémur, puisque les cas qui concernent les fractures complètes du col sont généralement reconnus en clinique journalière. Mais il en est d'autres, rares d'ailleurs, où, en l'absence d'une radiographie, on est inévitablement conduit à porter le diagnostic de contusion de la hanche. Il s'agit en premier lieu des fractures incomplètes du col fémoral.

A ce sujet, on a pu distinguer deux catégories de faits: Dans un premier groupe de cas, les choses se passaient de la façon suivante : après une chute sur la hanche, ordinairement peu grave, des individus, dont la plupart étaient des adultes jeunes, se rele-

vaient et se remettaient à marcher. La hanche était douloureuse, l'ambulation pénible ; on notait une légère claudication et un certain degré de gêne fonctionnelle. Puis, brusquement, au bout d'un temps variable, selon les divers exemples, soit que les malades eussent continué à marcher, soit qu'ils fussent restés à la merci d'un traumatisme minime, comme dans l'observation de Chaput, une douleur intense était survenue, accompagnée d'une sensation de craquement dans la hanche et surtout d'une aggravation de l'impotence fonctionnelle ; c'est-à-dire ne permettant plus la moindre tentative de marche et limitant au minimum les moindres mouvements spontanés, quand elle ne les supprimait pas complètement. En même temps, apparaissaient tous les signes d'une fracture du col. Une radiographie, pratiquée à cette seconde phase de l'histoire clinique, révélait effectivement l'existence d'une fracture du col du fémur. Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales* rapporte qu'il a vu un homme qui a pu marcher pendant plusieurs jours avec le secours d'un bâton, avant qu'on se fût aperçu qu'il était porteur d'une fracture du col. Vidal, dans son *Traité de Pathologie interne*, cite un cas observé par Goyrand ; il s'agit d'une femme de 70 ans, qui, ayant fait une chute sur la hanche, put se relever, rentrer dans sa maison et continuer ses affaires de ménage. Quelque temps après sa chute, elle ressentit une douleur vive dans la hanche, à tel point qu'elle dut s'asseoir ; incapable de se relever, elle dut être transportée dans son lit.

Le Professeur Auvray, dans une discussion à la Société de Chirurgie de Paris, rapporte l'histoire d'un malade de Frangenheim, publiée également par Stimson, dans son *Traité des Fractures* ; un homme de 57 ans est capable de marcher sur une assez longue distance, quinze jours après une chute sur la hanche. Il n'accuse qu'une petite douleur dans cette région. Il succombe trois semaines plus tard, au cours d'une affection intercurrente. On découvre à l'autopsie une fracture sous-capitale du col du fémur.

Il en est de même du cas publié par Blëcher : un soldat de 22 ans, immédiatement après une chute sur la hanche droite, le 30 mars 1903, continue à marcher et peut même faire son service jusqu'au 3 avril, date à laquelle il doit entrer à l'hôpital, à cause des douleurs qui deviennent plus vives et d'une claudication plus accentuée. A la radiographie du 23 mai, on reconnaît l'existence d'une fracture, située à un centimètre de l'union du col avec le corps du fémur.

Enfin, nous relevons cet exemple, rapporté également par Tanton, et communiqué par Z. Cope ; il s'agit d'un vieillard de 73 ans qui fait une chute sur le grand trochanter, mais continue à marcher durant toute la journée de l'accident. Après cinq jours de repos au lit, il reprend ses occupations, visite Paris et Londres, où tous les médecins qu'il consulte concluent à une simple contusion de la hanche. A la suite d'un mouvement violent, la hanche devient extrêmement douloureuse et l'impotence totale apparaît. La radiographie montre qu'il existe une fracture sous-capitale du col du fémur.

Tous ces cas permettraient d'interpréter clairement en faveur de notre thèse ces lignes de Kocher, reproduites par Forgue : « Nous possédons sept cas d'anciennes fractures, dans lesquels ni le malade, ni le médecin n'ont eu la moindre idée qu'il pouvait s'agir d'une fracture du col, la déambulation ayant été possible après l'accident. »

Il ne nous appartient pas de faire un exposé de toutes les discussions qui ont eu trait à l'existence de ces fractures en deux temps. On pourrait douter de la réalité des faits simplement cliniques qui ont été observés à une époque où la radiographie n'existait pas. Par contre, on ne peut nier ceux dont une radiographie est venu affirmer l'existence, et plus encore ceux dont la confirmation a été apportée sur la table d'autopsie.

Dans une deuxième variété de cas, les malades ont continué à marcher après leur chute, mais ce sont alités presque tout de suite, sous l'influence des douleurs et de la boiterie ; les accidents ont pu s'amender, la fracture ne s'est pas complétée. On a porté, chez eux le diagnostic de contusion de la hanche et seule, la radiographie a montré qu'il s'agissait d'une fracture incomplète du col du fémur, difficile à reconnaître parfois sur l'image. Mais une autre éventualité dont l'importance pratique est considérable, surtout en matière d'accidents du travail, peut aussi être envisagée lorsqu'il s'agit d'un individu jeune, victime d'un traumatisme de la hanche. Le diagnostic de fracture du col n'a pas été mis en question ; le malade est resté au lit une semaine ou deux, comme atteint de simple

contusion et il a repris ensuite son travail. Cependant, quelques mois plus tard, il est revenu vers le médecin, en se plaignant de douleurs à la hanche et d'une boiterie légère. A l'examen, on a trouvé un faible raccourcissement, soit de un à deux centimètres, une élévation du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, une limitation dans l'abduction et parfois une légère rotation externe. On a diagnostiqué alors une coxa-vara traumatique dont l'origine était fournie par l'anamnèse de l'accident ; et il était d'autant plus difficile de différencier cette coxa-vara traumatique de la coxa-vara spontanée des adolescents que l'inflexion du col avait succédé à une fracture incomplète, méconnue ou très tardivement radiographiée. Il y a eu également des erreurs d'interprétation radiologique, à tel point qu'on a pu parler de contusion de la hanche, puis de fracture du col du fémur chez des individus, porteurs de lésions inattendues ; il s'agissait de malformations congénitales, compliquées d'arthrite sèche, ou de coxa-vara dite essentielle (Exemple rapporté par le Professeur Auvray). Nous n'avons pas à les traiter ici.

Ces fractures incomplètes se rencontrent en général beaucoup plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte et tous les auteurs ont insisté sur le peu d'impotence fonctionnelle qu'elles entraînent et sur la bénignité du traumatisme causal. Elles échappent donc aisément à l'examen clinique du malade. Chez l'adulte, ces fractures sont exceptionnellement mentionnées. Dans les mêmes traités classiques que nous avons déjà consultés, les auteurs se bornent à signaler

leur existence, à propos des autopsies pratiquées par Cooper, Adams, Südeck, Hervé de Chégoin, Sito.

Or, d'après les travaux récents de MM. Delbet et Basset, les fractures incomplètes du col du fémur seraient beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'admet couramment. Dans l'*Addendum* au livre du Docteur Basset, le Professeur Delbet écrit : « ... Je me demandais si j'avais enfin trouvé le cas de contusion de la hanche que je cherche depuis douze ans ; la radiographie m'a montré une fracture incomplète du col du fémur. Ce cas corrobore l'idée que les symptômes attribués à la contusion profonde de la hanche sont dus à des fractures incomplètes. »

Une pareille notion est évidemment des plus importantes. Les signes cliniques très atténués d'une fracture incomplète ne peuvent fournir qu'une présomption en faveur de l'idée de fracture. Il y a des cas où l'on peut parler seulement de simple gêne fonctionnelle, d'autres malades présenteront une impotence plus ou moins accusée. En fait, il y a toujours un certain degré d'impotence et comme écrit Hennequin, l'impotence dans beaucoup de suites de traumatismes, est en rapport avec le caractère et la sensibilité du sujet. La possibilité de la marche suppose l'intégrité d'une partie de la tige osseuse indispensable pour supporter le poids du corps. Le raccourcissement qui résulte du chevauchement des fragments osseux fait naturellement défaut, puisqu'il n'y a qu'une solution de continuité incomplète du col du fémur. On n'observe pas de déviation en adduction du membre, puisque les muscles antagonistes, abduc-

teurs et adducteurs ont conservé leur intégrité fonctionnelle sur des leviers osseux sans déplacement. La rotation externe peut exister ; elle est peu accentuée et elle se constate fréquemment par comparaison avec le côté sain.

En résumé, on n'est pas suffisamment mis en garde contre le fait que, malgré l'atténuation des symptômes cardinaux des fractures du col du fémur, il puisse exister une fracture. Sans doute, la méconnaissance d'une fracture incomplète peut ne pas entraîner de suites graves pour certains malades. Elle a cependant l'inconvénient d'exposer ces malades à la rendre complète par un traumatisme minime ; et chez les jeunes sujets, la fracture incomplète est susceptible de créer une inflexion du col. Seule, la radiographie peut en donner le diagnostic. On ne doit pas, dans un traumatisme de la région de la hanche, porter un diagnostic de contusion de la hanche, tant qu'une radiographie n'a pas été obtenue.

Aussi l'étude approfondie des fractures incomplètes du col, anatomiquement contrôlées, a-t-elle contribué sensiblement à modifier le diagnostic *clinique* de contusion de la hanche.

OBSERVATION III

(rapportée par le docteur CHAPUT)

(*Bulletin de la Société de Chirurgie*, année 1913)

Fracture incomplète du col du fémur.

« J'ai soigné cette année une jeune fille de 25 ans, qui avait

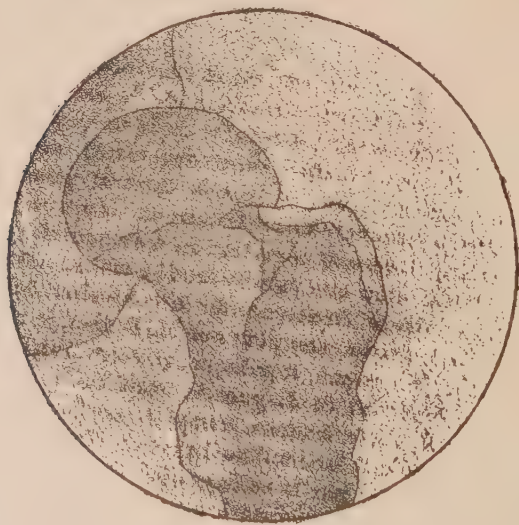
fait une chute de faible hauteur et qui souffrait de la hanche *en marchant*. Elle ne présentait ni raccourcissement, ni rotation, ni impotence, et je pensai d'abord qu'elle était atteinte de contusion simple. Je fis faire la radiographie et je constatai une petite encoche du bord supérieur du col du fémur, indiquant une fracture; *cette fracture n'était pas complète*, car, en la changeant de lit avec ménagement, elle ressentit une vive douleur et présenta à partir de ce moment une rotation externe très marquée et difficile à corriger, avec raccourcissement accentué.

Cette attitude rapprochée de l'examen radiographique démontrait une *fracture complète indiscutable*. Je la traitai par l'extension continue, et elle guérit avec un résultat excellent. »

OBSERVATION IV

(d'après le docteur BASSET. *Presse Médic.*, 1^{er} décembre 1920)

Fracture incomplète du col du fémur.



Fracture incomplète du col du fémur (d'après une radiographie).

(*Presse Médicale*, 1^{er} décembre 1920).

M. X..., âgé de 45 ans.

Fait en février 1920 une chute dans la rue. Le grand trochanter porte sur le sol. Le blessé peut se relever et regagner le trottoir. Ramené chez lui, en auto, il peut, avec l'aide de deux personnes, monter trois marches, prendre l'ascenseur et gagner son lit. Le médecin qui l'examine fait le diagnostic de contusion de la hanche.

Le lendemain, une radiographie faite dans l'intervalle, me montre qu'il s'agit d'une fracture incomplète du col du fémur — fracture transcervicale avec très peu de déformation du col, qui est seulement un peu redressé. —

A l'examen : légère rotation externe. Impotence presque complète (peut cependant soulever le genou).

Douleur : 1° à la pression du grand trochanter;

2° à la pression de la partie externe du triangle de Scarpa.

Le 14 février 1920 : application d'un appareil de marche de Delbet, avec lequel le malade circule.

Le 12 avril, ablation de l'appareil de marche.

Massage et exercices d'assouplissement.

En mai 1920, résultat fonctionnel parfait : *restitutio ad integrum* —.

OBSERVATION V

(d'après le docteur BASSET. *Les fractures du col du fémur.*)

Fracture incomplète du col du fémur.

Q... André, 23 ans.

24 juin 1916 : Le malade tombe en sautant d'une auto. Il se relève seul, mais ne peut plus marcher. Il est transporté dans un hôpital auxiliaire et traité par le massage pour un arrachement musculaire supposé ; 26 juin.

13 juillet : Entre dans le service du professeur Delbet. Rotation externe incomplète, impotence, douleur de l'aîne, pas de raccourcissement.

Radiographie : Lésion du col du fémur sous la forme d'un espace clair. Mais la lame sus-cervicale et l'origine de l'éventail de sustentation ont résisté.

26 juillet : Pose de l'appareil de marche à extension continue.

24 août : On enlève l'appareil : aucun raccourcissement.

27 août : Radiographie. La consolidation apparaît parfaite.

28 août : Le malade sort en marchant d'une façon normale.

Une seconde éventualité s'impose : la radiographie nous montre que le col est intact. Poursuivons l'examen méthodique de notre cliché. Reprenons une deuxième image, s'il y a lieu. Examinons avec soin la forme et le contour de la tête fémorale et du cotyle, ainsi que les surfaces du grand trochanter et des segments osseux du bassin qui avoisinent l'articulation. Ce sera l'objet d'une étude d'autres variétés possibles de contusion de la hanche. Nous voulons parler des fractures parcellaires de la tête fémorale et surtout des fractures limitées de l'acétabulum. Nous commenterons ensuite deux cas de fracture isolée intéressant respectivement le pubis et le grand trochanter.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des malades, porteurs d'une fracture parcellaire de la tête fémorale. Dans une séance de la Société des Sciences médicales de Lyon, Destot émet les conclusions suivantes au sujet de ces fractures : « La radiographie a modifié beaucoup, dans ces dernières années, les connaissances classiques sur beaucoup de fractures ; nous la croyons encore capable d'ouvrir un certain nombre de chapitres qui figuraient jusqu'ici

seulement pour mémoire dans les traités et de nous révéler des lésions que le seul examen clinique était impuissant à nous faire connaître ou même supposer. »

Le Docteur Colin dans sa thèse sur les fractures de la tête fémorale, formule les mêmes réserves et signale la difficulté de l'interprétation radiographique. Ces fractures nous offrent en effet des signes cliniques véritablement peu précis : l'impotence fonctionnelle est accentuée, quoique pas absolument complète ; elle est constante et immédiate ; la région articulaire est le siège d'une douleur diffuse ; dans quelques cas, on éveille une douleur exquise à la pression sur l'interligne. Mais il n'y a ni déformation du grand trochanter, ni attitude vicieuse, ni raccourcissement du membre. En résumé, c'est le masque trompeur d'une violente contusion. Les deux cas, rapportés par Destot, auraient été considérés comme des « arthrites post-traumatiques », si les rayons X n'avaient permis de faire le véritable diagnostic ; dans l'un, on trouva deux fragments engrénés et solidaires, en pleine tête fémorale ; dans l'autre, le trait de fracture était oblique de haut en bas et de dedans en dehors, empiétant légèrement sur le col à la partie inférieure de son trajet. Enfin, plusieurs mois après l'accident, ces malades présentèrent des troubles fonctionnels très marqués : la hanche fonctionnait comme atteinte d'ankylose incomplète et douloureuse, les mouvements actifs et passifs étaient diminués d'amplitude ; le bassin se trouvait entraîné dans les exercices très pénibles d'adduction et d'abduction du membre.

Cette variété de lésions, au cortège symptomatique initial si peu intense que leurs signes se dissimulent sous des apparences de contusion simple nous rapproche d'une affection très voisine quant au siège et à la symptomatologie : la fracture isolée du fond du cotyle.

Il ne s'agit pas évidemment de rapporter l'histoire des fractures à grand fracas, accompagnées de gros dégâts viscéraux et articulaires.

Nous voulons attirer l'attention sur les lésions très limitées du fond de l'acétabulum.

La contusion de la hanche figure dans le diagnostic des fractures de l'acétabulum. Au chapitre des fractures du bassin, dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, Tanton écrit : « Les fractures limitées du fond de l'acétabulum passent très souvent inaperçues et sont prises pour de simples contusions de la hanche parce que le malade peut marcher dans les jours qui suivent le traumatisme. Ce n'est qu'en voyant persister l'impotence fonctionnelle qu'on est amené à rechercher plus attentivement les lésions. Elles sont moins rares qu'on ne le suppose. »

Déjà, Velpeau, dans la *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, après avoir traité les rapports des fractures du col du fémur avec la contusion de la hanche, arrive, par élimination, au diagnostic des fractures du cotyle. Ayant eu à examiner une femme tombée sur la hanche et qui se plaint de douleurs dans cette région, il ne trouve pas de différence dans la longueur des membres, ni de boursoufflement du pli de l'aîne, ni de rotation du genou ou du pied ; pour lui, les contusions peuvent amener sans aucun doute des dou-

leurs très vives et empêcher tout mouvement des membres, à cause de ces douleurs même ; mais les fractures du cotyle ne sont pas toujours un obstacle au soulèvement du membre, si la fracture n'a pas divisé l'os complètement. Il en conclut : « Il est possible à la rigueur que la progression ne soit pas empêchée et que le sujet guérisse, la maladie ayant été méconnue et ne se révélant jamais, si le malade meurt plus tard et que l'autopsie n'en soit pas faite. »

De même, Guibé, dans un article de la *Revue de Chirurgie*, à propos des fractures de la cavité cotyloïde, pense qu'il y a peut-être quelque erreur à tenir pour très rares les fractures discrètes de l'acétabulum. Il s'appuie sur deux cas rapportés par Ohandjanian dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* et sur sept cas collationnés par Henschen, sur un total de soixante-dix fractures acétabulaires, dans lesquels la lésion eût été prise pour une contusion de la hanche si on n'eût pratiqué la radiographie et le toucher rectal. Nous reviendrons plus loin sur l'opportunité de ce dernier mode d'exploration déjà préconisé par Ollier dans les décollements traumatiques du cartilage en Y chez les adolescents, par Earle, Gay, Hamilton et plusieurs autres maîtres de la chirurgie osseuse. « En cas de fractures du cotyle sans déplacement, le diagnostic ne peut balancer qu'entre une contusion de la hanche et une fracture de l'acétabulum. Et, croyons-nous, l'erreur a du être commise plus d'une fois, certaines contusions de la hanche n'étant probablement que de semblables fractures. »

Enfin, le même auteur, rapportant l'opinion identi-

que de Graesner, assistant de Bardenheuer, de Cologne, lequel, en 9 mois, sur 10 fractures du bassin, trouve 4 fractures par enfoncement du cotyle, nous renvoie à une observation, publiée dans les recueils de la *Deutsche Zeitschriften für Chirurgie*. Il s'agit d'un exemple de fracture du cotyle, passée totalement inaperçue à deux médecins d'un hôpital régional.

L'école lyonnaise a particulièrement contribué à l'étude de cette catégorie de fractures ; Destot lui consacra plusieurs communications à la Société des Sciences médicales de Lyon.

En présence de quelle lésion sommes-nous donc en présence et quels sont ses signes cliniques ? Sous le nom de fracture limitée de l'acétabulum, on désigne une variété de fracture du bassin bien différente de toutes celles qui sont décrites dans ce groupe de fractures. A l'origine, on retrouve les plus banals traumatismes de la hanche, soit une chute d'un lieu peu élevé, survenue en marchant par exemple, soit un choc assez bénin portant sur le grand trochanter. On note des douleurs spontanées légères, constantes, erratiques, qu'on attribue le plus souvent à des lésions nerveuses du voisinage ou à une localisation rhumatismale sur l'article coxo-fémoral. On ne constate pas ces lancées douloureuses ni ces secousses musculaires qui font penser à une fracture.

Au point de vue impotence fonctionnelle, tous les degrés peuvent être observés. Dans une de nos observations, elle était assez accusée. Mais elle semble très variable dans ses formes et dans son intensité.

Les mouvements articulaires sont douloureux et

diminués d'amplitude, mais on ne peut pas dire qu'une variété de mouvements soit plus particulièrement atteinte. Seule, l'abduction paraît plus fréquemment limitée. La marche est difficile, impossible même dans les cas que nous rapportons. Par contre, d'autres malades se relèvent et poursuivent leur marche longtemps ; tel est l'exemple du malade du Professeur Pollosson ; il vient à pied à l'hôpital, présentant des signes de contusion bénigne et on a quelque peine à le faire aliter. Un autre sujet du Professeur Poncet vient demander des soins quinze jours après son accident.

A l'examen physique, on trouve un membre en abduction, avec rotation en dehors ; la cuisse est fléchie sur le bassin, en position dite de détente ou de relâchement musculaire. Cette position n'est pas caractéristique, état donné que le renversement du pied en dehors peut se corriger facilement, et que le pied une fois redressé ne revient que très lentement à sa position primitive.

Roux, de Lausanne, insiste sur cette récidence lente de la rotation externe après correction et en fait même un signe de fracture du cotyle.

Il semble que ce signe soit assez inconstant, car peu d'auteurs en font mention.

Chez notre malade l'épine iliaque paraît surélevée ; il y a eu un mouvement d'ascension du bassin. En d'autres cas, on signale un léger gonflement local ou quelque étalement de la région inguinale. D'ailleurs, l'attitude vicieuse inverse, c'est-à-dire l'adduction et la rotation en dedans, ont été également observées.

Il en est de même de la flexion simple du membre, sans aucune ébauche de rotation.

A la palpation, il y a des douleurs provoquées par les moyens les plus divers, soit par toutes les pressions transmises à l'articulation elle-même, qu'elles soient exercées au niveau du pli inguinal ou qu'elles prennent leur origine dans un point plus éloigné de l'article. Le grand trochanter est intègre. S'il est quelque peu douloureux, la contusion superficielle proprement dite peut en être la cause légitime. On a donné un mode d'exploration possible de la face interne du cotyle : il consiste à palper le malade au-dessus de la crête iliaque et de l'arcade de Fallope, puis à déprimer la paroi pour explorer la fosse iliaque interne.

Cette méthode suppose une palpation vraiment profonde et ne saurait s'appliquer qu'aux fractures avec déplacements fragmentaires étendus, si l'on a toutefois l'avantage d'arriver sur le trait de fracture. L'élasticité des muscles iliaques formant coussinet est un obstacle déjà appréciable ; on doit encore tenir compte de ce fait que le déplacement des fragments est nul ou insignifiant dans les cas qui nous intéressent.

Dans ces conditions, on ne peut attacher d'importance, ni à la position vicieuse offerte par le membre inférieur, ni à la palpation des segments de l'article traumatisé.

Le raccourcissement est nul, ou infime tout au moins, s'il y a un léger enfoncement de la cuvette acétabulaire. On se trouve en présence d'un membre

qu'il faut mesurer de très près pour pouvoir dépister une différence de longueur, se bornant à quelques millimètres. Encore faut-il éliminer la possibilité d'un raccourcissement apparent. En réalité, en pareil cas, comme dit Ohandjanian, on est souvent à cent lieues de se douter d'une lésion possible du bassin, et le diagnostic échappe aisément aux procédés d'investigation habituelle.

L'aspect clinique de la malade observée par M. Patel répondait parfaitement au tableau de la contusion de la hanche. Autrefois, à l'époque où la radiographie n'avait pas encore révélé la fréquence des fractures, se cachant sous un tableau clinique aussi réduit, il est certain qu'un médecin ne se serait pas livré à toutes les recherches minutieuses qui ont été pratiquées sur cette malade. Devant une lésion présentant simplement, comme symptômes, de la douleur, une impotence fonctionnelle limitée, aucun raccourcissement réel, on aurait pu porter le diagnostic de contusion simple de la hanche, diagnostic que la guérison, aussi rapide et aussi parfaite, par le simple repos et le massage, aurait paru confirmer.

Il faut donc radiographier. Ici encore, on est obligé d'attendre l'avis du radiographe, avant de porter un diagnostic vers lequel tout semble conduire. Il ne faut pas oublier que l'évolution de ces pseudo-contusions de la hanche entraîne, dans quelques cas, un pronostic fonctionnel réservé.

On a beaucoup insisté sur le diagnostic des fractures simples du cotyle par le procédé du toucher rectal, dont Earle fut le premier à signaler l'import-

tance clinique. Cette méthode, d'une valeur incontestable, permettra, le plus souvent, d'éveiller une douleur, en appuyant sur le fond du cotyle ou sur la branche horizontale du pubis. Dans les cas limités, que nous avons décrits, il sera plus difficile de percevoir à travers la muqueuse rectale la saillie d'un fragment acétabulaire, sous la forme d'une épine osseuse, légèrement refoulée en dedans; encore faudra-t-il que cette épine soit bas située et nous présente une pointe à sommet inférieur. Cette technique exploratrice s'adresse plutôt aux fractures du cotyle avec déplacement appréciable. Il en est de même de la névralgie du nerf obturateur.

Quant à l'ecchymose nummulaire, unique, siégeant au point le plus déclive du scrotum, correspondant au côté fracturé, et signalée pour la première fois par Destot, il ne semble pas également que nous puissions l'observer ici. Elle manque assez souvent, au dire des auteurs qui l'ont systématiquement recherchée. Rappelons qu'elle acquiert une réelle valeur par son caractère d'indolence et d'apparition tardive et isolée. Immédiate, on pourrait l'imputer à une manifestation de la contusion banale, avec ecchymose plus ou moins vaste des tissus sous-jacents, résultant d'un traumatisme direct.

Nous avons parlé des réserves à faire sur le pronostic de certaines fractures méconnues de l'acétabulum. Les dangers sont identiques à ceux que l'on peut redouter chez les individus présentant une fracture de la tête fémorale. Toutes les fois qu'un trait

de fracture intéresse une cavité articulaire, les phénomènes d'arthrite sont à craindre.

Si l'évolution clinique de la malade observée par M. Patel, a été des plus heureuses, grâce à une simple immobilisation au lit, l'histoire de nombreux individus, porteurs d'une fracture méconnue, est, par contre, assez décourageante. Le médecin, tardivement consulté pour une « hanche forcée », s'est alors trouvé en présence du tableau de l'ankylose incomplète.

OBSERVATION VI

(due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé PATEL)

Contusion de la hanche gauche ; fracture du fond de l'acétabulum.

Mme B..., 53 ans, entre le 9 décembre 1920, à l'hôpital de la Croix-Rousse. Elle a fait la veille un faux-pas et est tombée de sa hauteur sur le côté gauche. Elle n'a pu se relever.

Toujours bien portante, elle présente seulement une malformation génitale : pas de règles. Infantile génitale.

A l'examen du membre inférieur gauche, on trouve la cuisse en flexion modérée (45°) et adduction avec rotation légère du pied en dehors.

Les mouvements spontanés sont très douloureux. La malade peut détacher le talon du plan du lit, mais il est difficile de lui faire étendre la cuisse. Les mouvements provoqués sont également douloureux ; la flexion de la cuisse sur le bassin dépasse facilement l'angle droit, mais devient ensuite très pénible.

L'extension complète est impossible, en raison de la douleur. L'adduction peut être accentuée et n'est pas douloureuse. L'abduction est, au contraire, extrêmement limitée et particulièrement sensible.

La rotation en dehors et en dedans est possible, mais également limitée.



Fracture du fond de l'acétabulum (d'après une radiographie)
*Hôpital de la Croix-Rousse. — Service de M. le Professeur
Agréé Patel.*

La percussion sur l'extrémité inférieure du fémur de façon à appuyer l'extrémité supérieure de cet os sur la cavité cotyloïde est douloureuse.

L'examen du squelette de la région de la hanche ne montre

rien d'anormal au niveau du grand trochanter. La pression au niveau de la tête fémorale éveille une douleur vive.

La mensuration faite de l'épine iliaque antéro-supérieure au bord supérieur de la rotule du côté gauche montre un raccourcissement de 3 centimètres.

La longueur du fémur prise du bord supérieur du grand trochanter au même point montre qu'en réalité le fémur gauche n'est nullement raccourci et qu'il s'agit d'un raccourcissement apparent dû à un mouvement d'ascension du bassin du côté gauche; car l'épine iliaque antéro-supérieure gauche paraît plus élevée que la droite.

Donc, aucun raccourcissement réel. Le diagnostic de fracture du col n'est pas porté en raison de l'absence d'épaississement du grand trochanter et de l'impotence fonctionnelle très incomplète. Le tableau clinique répond à celui d'une contusion de la hanche. Il est impossible de porter un autre diagnostic.

La radiographie due à M. Badolle indique que le col du fémur et la tête fémorale sont absolument intacts, ainsi que le grand trochanter. Il existe, par contre, au niveau de la cavité cotyloïde, une fracture qui occupe la partie moyenne; le trait est simple, vertical, et va depuis le fond de l'acétabulum jusqu'au niveau de la surface pelvienne. Il n'y a pas de déplacement des fragments. Il s'agit donc d'une fracture complète du fond de l'acétabulum.

La malade est laissée au repos, avec quelques massages. Vers le cinquième jour, apparaît une ecchymose assez volumineuse à la face interne de la cuisse gauche. Les jours suivants, la douleur se calme progressivement, l'extension du membre inférieur devient possible. La malade peut se lever au vingt-cinquième jour et commence à marcher avec des béquilles.

La guérison se fait rapidement et il n'existe plus que des douleurs limitées dans l'abduction forcée de la hanche.

OBSERVATION VII

(Rapportée par le docteur DUPONT,

(*Presse Médicale*, 16 février 1921)

Fracture du fond de l'acétabulum.

Au mois de janvier 1920, M. le profesesur Broca recevait dans son service un soldat de 21 ans, qui avait été frappé dans la région du grand trochanter droit par un coup de pied de mulet.



Fracture du fond de l'acétabulum. (*Presse médicale*, 16 février 1921. — *D'après une radiographie*).

Localement, on ne notait aucun symptôme appréciable : une très légère ecchymose et un peu d'endolorissement local. Rien dans la région fessière.

Tous les mouvements de la hanche étaient libres.

On pouvait donc penser à une contusion de la hanche.

Mais le toucher rectal éveillait une douleur principalement à la pression sur la branche horizontale du pubis (c'est là un des points sur lequel Earle a insisté le premier, pour le diagnostic des fractures du cotyle).

D'un autre côté, la radiographie montrait une fracture du fond de l'acétabulum; la tête était restée dans le cotyle, et s'était enfoncée très légèrement dans cette cavité. On voyait deux épines adhérentes par leur base, dont la pointe faisait une saillie minime dans le bassin.

Il y eut ensuite un peu de réaction articulaire qui fut traitée par l'extension continue pendant huit jours. Puis la marche fut reprise peu à peu. Elle était encore assez douloureuse quand, le 12 mars 1920, l'homme fut envoyé en convalescence.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Professeur BÉRAND)
rapportée par le docteur BRAHY.

Le 29 janvier 1920, est admis à la salle Saint-Sacerdos, un homme de 31 ans, venant de l'infirmerie de porte, où il avait été amputé d'urgence, de la jambe gauche, la veille à 23 heures, à la suite d'un accident survenu le même jour, à 20 heures, sur la voie ferrée.

A l'examen, le malade présente le membre inférieur gauche amputé et une fracture de la clavicule droite. Malgré la violence du traumatisme, le sujet, qui est un homme vigoureux, ayant repris déjà connaissance, dit ne plus souffrir que d'une petite douleur dans la région de la hanche droite et d'une gêne légère dans les mouvements de cette articulation. Mais tous les mouvements restent possibles.

Devant l'absence d'ecchymose nummulaire et de rotation, l'expectation est décidée.

Le 1^{er} mars, c'est-à-dire trente jours après l'accident, devant la persistance des douleurs et l'aggravation de l'impotence fonctionnelle (l'adduction est limitée et le malade ne peut s'asseoir dans son lit), une radiographie est demandée à M. Japiot. Celle-ci montre nettement un enfoncement de la cavité cotyloïde, avec fracture du cotyle et de la branche ilio-pubienne.

OBSERVATION IX

rapportée par GRAESNER.

(in *Deutsche Zeitschriften für Chirurgie*, 1902)

Fracture du fond de l'acétabulum.

Le 30 décembre 1901, H..., batelier, tomba du pont d'un bateau du Rhin dans la cale, soit d'une hauteur de 3 m. 50. Le choc porta sur la hanche droite. Impossibilité de marcher avec la jambe droite.

Il se fit examiner le 5 janvier 1902 à A..., et on lui mit des ventouses sur la région trochantérienne droite. Puis il se fit admettre le 16 janvier à l'hôpital de C... Là, on le traita par des bains de siège pour une contusion de la hanche droite.

Du 29 janvier au 15 février, il suivit le traitement d'un médecin qui prescrivit des frictions, mais comme les douleurs persistaient dans la hanche, à la moindre tentative de marche, H... se fit admettre dans un autre hôpital, à C...

Là, on n'institua pas d'autre traitement que le repos au lit. Le 18 mars, H... quitta l'hôpital, étant considéré comme guéri.

Comme il ne pouvait pas travailler à cause des douleurs continuelles provoquées par les mouvements de sa jambe droite, il se fit admettre, le 2 mai, à l'hôpital civil de Cologne, où on constata l'existence d'une gêne fonctionnelle notable, avec limitation marquée de la rotation interne. Mais la jambe droite ne présentait aucun raccourcissement.

Il y avait un peu d'aplatissement de la région trochantérienne à droite. La pointe du grand trochanter était toujours sur la ligne de Nélaton-Roser. Cependant, elle avait subi une déviation de 1 centimètre en arrière, comparativement à celle du grand trochanter gauche.

Le toucher rectal indiquait une voussure sensible de l'acétabulum.

En effet, la radiographie révéla une fracture oblique du plancher du cotyle.

On fit un traitement par l'extension. Le 16 mai, on supprima l'extension. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale droite n'étaient plus douloureux, mais la rotation interne était encore assez limitée.

*Sur deux cas de fractures isolées du pubis
et du grand trochanter.*

M. le Professeur agrégé Patel a bien voulu nous signaler deux autres cas non moins intéressants de fractures dont le tableau clinique répondait également à ce qu'il était convenu d'appeler une contusion de la hanche. Il s'agit d'un exemple de fracture isolée de la branche horizontale du pubis et d'un cas de fracture transversale de la partie supérieure du grand trochanter.

Les fractures du pubis sont étudiées dans le groupe des fractures du bassin qui intéressent la continuité de l'anneau pelvien. Elles sont considérées comme appartenant à la catégorie des fractures multiples de la ceinture pelvienne, les traits de fractures portant sur les deux branches, horizontale et verticale, du pubis, soit qu'ils restent limités au seul pubis, soit qu'ils accompagnent une fracture verticale du sacrum, selon les théories de Voillemier et de Féré, ou de la partie postérieure de l'aile iliaque, selon le mécanisme de Malgaigne. La fracture unilatérale isolée de la branche horizontale est plus rare. Féré en rapporte un

cas publié par le *Progrès Médical*, et il indique qu'il n'a pu le reproduire que deux fois expérimentalement.

Cette variété de fracture doit donc être assimilée aux lésions traumatiques décrites comme ne possédant pas de signes objectifs appréciables.

Reclus, au sujet de la « contusion profonde » du bassin, nous signale qu'il est parfois difficile de savoir si elle est bornée aux parties molles ou s'il n'y a pas en même temps une fracture limitée d'un segment osseux de la région. Les signes évidents d'une fracture isolée des os du bassin, et en particulier du pubis, n'existent guère que dans les fractures à grand fracas, avec déplacement très accentué de fragments multiples. Le plus souvent, ces signes sont impossibles, ou du moins très difficiles à percevoir. L'exploration minutieuse de tous les segments du bassin ne permettra pas toujours de délimiter un ou plusieurs points douloureux, siégeant à la région pubienne ou en arrière, sur le sacrum, et sur la symphyse sacro-iliaque. Dans la fracture isolée du pubis, le déplacement peut être insignifiant, grâce à la conservation des ligaments et des muscles qui s'y insèrent.

Dans l'observation que nous rapportons, il était peu accentué. Par conséquent, il ne saurait s'agir ici du tableau clinique des fractures classiques du bassin : il n'y a pas de déformation à la vue, ni de dénivellation perceptible du pubis. L'impotence fonctionnelle n'est pas absolue : la malade peut détacher le talon du plan du lit. Il n'existe évidemment pas ce raccourcissement apparent du membre inférieur qui révèle l'ascension du fragment intermédiaire de

l'ilion sur le cotyle, dans les fractures doubles du bassin. On n'observe pas non plus ces douleurs spontanées très vives qui irradient si fréquemment dans les membres inférieurs et en particulier sur le trajet du nerf de l'obturateur. Lorsque les signes cliniques d'une fracture du pubis étaient aussi peu appréciables, on pouvait dire parfois avec raison, que la fracture se révélait tôt ou tard par ses complications de voisinage. Or, il ne saurait être question ici de lésions des parties molles, ni de lésions vasculo-nerveuses et encore moins de lésions viscérales. L'urèthre et la vessie sont intacts. Seule, l'ecchymose tardive est venue signer le diagnostic de fracture.

En résumé, le diagnostic est souvent fort difficile et dans nombre de cas on ne peut que soupçonner l'existence d'une fracture que la persistance des douleurs et surtout de l'impossibilité de la marche permettraient d'affirmer ultérieurement. L'emploi de la radiographie nous renseigne heureusement d'une façon plus précoce.

Il nous reste à commenter un cas de fracture transversale intéressant la partie supérieure du grand trochanter.

Les fractures du grand trochanter sont considérées comme fréquentes chez les vieillards et l'on incrimine un processus adjuvant d'ostéoporose sénile. A l'origine de ces fractures, on retrouve le plus couramment une chute, d'une hauteur variable, et très souvent peu grave.

Nous avons précédemment parlé de la variété très

rare de fracture par tassement qui a été décrite par Bonnet, à propos de la contusion de la hanche.

Il s'agit ici d'une fracture partielle, ou plus exactement, parcellaire : un fragment osseux a été détaché du sommet de l'apophyse trochantérienne. A l'examen, on trouve un membre en position normale, sans aucune ébauche de rotation interne ou externe. Il n'y a pas cette attitude vicieuse décrite comme caractéristique de la fracture du grand trochanter qui consiste en une adduction de la cuisse avec rotation interne accusée, la rotule du côté malade venant au contact de la face interne du genou sain, et en une flexion légère de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Il n'existe également aucune inclinaison du bassin. L'impotence fonctionnelle est incomplète : le talon peut être détaché du plan du lit. On ne signale pas les caractères spéciaux qui appartiennent à l'impotence des fractures habituelles du grand trochanter. Localement, on n'observe aucun hématome sous-jacent de la région trochantérienne. La pression ne fournit aucun signe de mobilité anormale; il n'y a pas de crépitation perceptible au palper. L'exploration éveille seulement une vive douleur.

Le diagnostic de cette lésion était réellement assez délicat. S'il était facile de mettre hors de cause l'articulation coxo-fémorale, en raison de l'intégrité des mouvements passifs de la hanche, et aussi la fracture du col, dont le raccourcissement et l'attitude vicieuse n'auraient point fait défaut, par contre, la confusion semblait inévitable avec la contusion de la hanche.

Ici encore la radiographie nous a confirmé l'existence d'une fracture que l'examen clinique ne permettait que de soupçonner ; et, avant la radiographie, le diagnostic, presque toujours, ne pouvait être établi nettement qu'à l'occasion d'une autopsie.

OBSERVATION X

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PATEL)

Contusion de la hanche et du bassin

Fracture de la branche ilio-pubienne de l'os coxal.

Mlle C..., 63 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 28 novembre 1921. Elle a été renversée par une voiture automobile, et sa hanche droite a été violemment heurtée par une roue.

A l'examen, on trouve le membre inférieur droit en rotation externe, mais sans aucun raccourcissement.

L'impotence fonctionnelle n'est pas absolue; le talon peut être détaché du plan du lit.

Les mouvements provoqués sont incomplets et douloureux; l'abduction forcée de la cuisse est notamment pénible à réaliser.

Le tableau clinique est celui d'une contusion de la hanche. La radiographie montre une fracture de la branche ilio-pubienne de l'os coxal. Le trait est vertical. Il n'y a presque pas de déplacement.

Quelques jours après, apparaît une ecchymose qui vient signer le diagnostic de fracture.



Fracture de la branche ilio-pubienne. (D'après une radiographie)
(Hôpital de la Croix-Rousse. — Service de M. le Professeur Patel).

L'évolution se fait du côté de la guérison. Amélioration rapide. La malade peut se lever trois semaines après son entrée à l'hôpital.

OBSERVATION XI

(due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé PATEL)

*Contusion de la hanche gauche;
fracture de la partie supérieure du grand trochanter.*



Fracture de la partie supérieure du grand trochanter. (d'après une radiographie). (Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. le Professeur Patel).

Mme V..., 70 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 14 février 1922.

Elle est tombée, la veille, de sa hauteur, en voulant descendre de son lit. Elle se plaint de ne pouvoir marcher et

de souffrir de la hanche gauche : elle accuse des douleurs très vives au niveau de la partie supérieure de la cuisse gauche.

L'examen révèle un membre inférieur en position normale, sans rotation externe. Le talon peut être détaché du plan du lit. La pression réveille une douleur très vive du côté de la face externe du grand trochanter. Celui-ci paraît élargi.

Le tableau clinique est celui d'une contusion de la hanche, sans signes spéciaux du côté du col du fémur.

La radiographie, due à M. Badolle, montre une fracture transversale du grand trochanter, siégeant au-dessus de la partie supérieure de l'insertion du col sur la diaphyse fémorale. Il existe entre les deux fragments un intervalle de 1 centimètre.

La malade est laissée au repos. On procède à une simple immobilisation. Son amélioration s'effectue rapidement, et elle peut se lever quinze jours après l'accident.

CONCLUSIONS

I. — La contusion de la hanche entraînait autrefois dans le diagnostic différentiel de toutes les affections traumatiques intéressant cette région. C'était un diagnostic par élimination. Etant donné les résultats constants fournis par la radiographie, on est en droit de se demander aujourd'hui si le diagnostic clinique de contusion de la hanche correspond à une entité pathologique, comme on avait tendance à le croire auparavant.

II. — Dans l'histoire des malades que nous avons précédemment rapportée, il s'agissait en réalité, soit de fractures incomplètes du col du fémur, de fractures parcellaires de la tête fémorale, de fractures limitées de l'acétabulum, soit de fractures isolées du pubis ou du grand trochanter.

III. — En présence de malades qui offrent les signes classiques de la contusion de la hanche, décrits par les anciens auteurs, c'est-à-dire une impotence fonctionnelle plus ou moins accentuée, une rotation externe du membre inférieur et parfois un certain degré

de raccourcissement apparent, il importe avant tout d'obtenir une radiographie du col du fémur. Ensuite, méthodiquement, il faut examiner avec soin la forme et le contour de la tête fémorale et du cotyle, ainsi que le grand trochanter et les divers segments osseux du bassin.

IV. — Tant qu'une radiographie précise n'aura pas été obtenue, il faudra se comporter comme s'il y avait une lésion osseuse de fracture.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

L. BÉRARD.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

ASTHLEY COOPER. — *Dictionnaire de Chirurgie*, 1826.

AUVRAY. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, séance du 6 décembre 1913.

BASSET. — *Annales de la Clinique chirurgicale* du professeur Delbet : les fractures du col du fémur (Alcan, 1920).

— *Presse Médicale*, 1^{er} déc. 1920. La contusion de la hanche existe-t-elle ?

BÉRARD. — *Lyon Chirurgical* (mai-juin 1920). Séance du 12 février 1920 de la Société de Chirurgie de Lyon. De la difficulté du diagnostic de certaines fractures du col fémoral.

BLECHER. — *Deutsche Zeitschriften für Chirurgie*. Année 1905, tome LXXVII, p. 302.

BONNET. — *Traité sur les maladies des articulations* (1845).

BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales* (1826).

BRAHY. — *Thèse de Lyon*, 1921. La contusion de la hanche et les fractures larvées de l'extrémité supérieure du fémur.

BROCA. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Séance du 24 décembre 1913.

CHABAGNO. — *Thèse de Paris*, 1921. Les fractures incomplètes du col du fémur.

CHAPUT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Séance du 10 décembre 1913.

COLIN. — *Thèse de Lyon*, 1903. Contribution à l'étude des fractures de la tête fémorale.

COPE. — *Annals of Surgery*, 1911, tome LIV.

DELBET. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, séance du 15 janvier 1914.

- Dans l'*Addendum* aux fractures du col du fémur, par BASSET.
- Leçons de clinique chirurgicale sur les fractures du col du fémur, janvier 1921.
- DESTOT. — *Lyon Médical*, 1904. Séance de la Société des Sciences médicales de Lyon, 24 novembre 1903.
- DESTOT et DURAND. — *Lyon Médical*, 1904. Séance de la Société des Sciences médicales de Lyon, 21 janvier 1904.
- DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. — *Précis de diagnostic chirurgical*, 1911.
- DUPONT. — *Presse médicale*, 16 février 1921. Les fractures du fond du cotyle.
- FÉRÉ. — *Progrès médical*, 1880, tome VIII, p. 365 et 385. Les fractures du bassin.
- FORGUE. — *Précis de Pathologie externe*, tome I.
- GRAESNER. — *Deutsche Zeitschriften für Chirurgie*, année 1902, tome XXXVI, p. 578.
- GUIBÉ. — *Revue de Chirurgie* (mars 1904).
- HARTMANN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Séance du 24 décembre 1913.
- HENNEQUIN. — *Les fractures du membre inférieur*.
— *Traité des fractures des os longs*, 1904. Diagnostic des fractures du col du fémur, p. 170.
- JACCOUD. — *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1884.
- JEANBRAU. — *Précis de Pathologie chirurgicale*, tome IV, Masson, 1920.
- D. KONTOROVITCH. — *Thèse de Lyon*, 1903. Les fractures limitées de l'acétabulum.
- LOUIS. — *Dictionnaire de Chirurgie*, 1772.
— *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie*.
- MAILLAND et PIOLLET. — *Lyon Médical*, mai 1901.
- MALGAIGNE. — *Traité des fractures et luxations*.
- NÉLATON. — *Eléments de Pathologie chirurgicale*, 1868, p. 373.
- NICAISE. — *Thèse d'agrégation de Chirurgie*, 1869.
— Diagnostic des maladies de la hanche.
- PATEL. — *Lyon chirurgical*, septembre-octobre 1922. Séance du 9 mars 1922 de la Société de Chirurgie de Lyon. Contusion de la hanche et fractures avoisinant l'articulation de la hanche.

— *Presse médicale*, 25 mars 1922. Société de Chirurgie de Lyon.

DE QUERVAIN. — *Traité de diagnostic chirurgical*.

RECLUS. — *Traité de Chirurgie* : Kirmisson, Reclus, Peyrot et Bouilly, 1895.

RICARD et DEMOULIN. — *Traité de Chirurgie* : Duplay, Reclus Ricard et Demoulin, 1892.

RIEFFEL. — *Traité de Chirurgie* : Le Dentu et Delbet, édition 1896.

ROCHARD et STERN. — *Précis de diagnostic chirurgical*, 1920.

ROUX et OHANDJANIAN. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 mars et 20 avril 1902.

ROYAL WHITMANN. — *A treatise on orthopedic surgery*, 2^e édition, 1903, p. 549.

TANTON. — *Traité de Chirurgie* : Le Dentu et Delbet, édition 1916. Les fractures du membre inférieur.

THÉVENOT. — *Revue de Chirurgie*, février 1904.

TIXIER. — *Précis de Pathologie chirurgicale*, tome I (Masson, 1920).

VELPEAU. — *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, 1846, tome VIII, p. 269 et 585.

VIDAL. — *Pathologie interne*, tome II, p. 274.

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, de Dechambre et Lereboullet, 1868.

Dictionnaire de Nysten (revu par Littré, 1855).

Encyclopédie internationale de Chirurgie, de Packardt, J. Ashurt et P. Andrews.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Chapitre premier. — La contusion de la hanche dans la littérature chirurgicale. Essai de défini- tion anatomo-clinique	15
Chapitre II. — Sur les divergences d'interprétation de la contusion de la hanche en clinique, à propos du diagnostic des fractures du col du fémur	24
Chapitre III. — 1) La contusion de la hanche et les fractures incomplètes du col du fémur; les fractures parcellaires de la tête fémorale; les fractures limitées de l'acétabulum	35
2) Sur deux cas de fractures isolées du pubis et du grand trochanter.....	59
Conclusions	67
Bibliographie.....	69



